

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

502

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure

Par ALBERT LEPAGE

Né à Laval (Mayenne), le 29 Mars 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉTENTION D'URINE CHEZ LE FŒTUS

Avec perméabilité du Canal de l'Urèthre

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. } JALAGUIER, Professeur.
 } VARNIER et LEPAGE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE

JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE

502

Année 1932

THÈSE

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

906

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1900, à 1 heure.

Par ALBERT LEPAGE

Né à Laval (Mayenne), le 29 Mars 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉTENTION D'URINE CHEZ LE FŒTUS

Avec perméabilité du Canal de l'Urèthre



Président : M. PINARD, Professeur.

Juges : MM. } JALAGUIER, Professeur.
 } VARNIER et LEPAGE, Agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTE DE MÉDECINE
JOUVE & BOYER

15 — Rue Racine — 15

1900

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen M.		BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHEL.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	}	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		HUTINEL.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		BRISAUD.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Maladies des enfants.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique ophthalmologique.....		TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		PANAS.
Cliniques d'accouchements.....	}	GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES de la TOU-	MENÉTRIER.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous tenons à remercier nos maîtres dans les hôpitaux et à l'Ecole de Médecine.

Nous remercions, tout d'abord, bien vivement M. le docteur Porak, accoucheur en chef de la Maternité, qui a eu la bienveillance de nous permettre d'utiliser, pour notre thèse, une observation recueillie dans son service par son interne, M. Couvelaire.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux reçoivent ici l'expression de notre gratitude pour les conseils et enseignements qu'ils nous ont prodigué pendant la durée de nos études.

En particulier, nous prions M. le professeur Berger, chez qui nous avons eu le bonheur de faire une année de stage, d'accepter nos bien sincères remerciements. Remercions aussi M. le professeur agrégé Troisier, dans le service duquel nous avons passé une année.

M. le professeur Pinard nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse; qu'il reçoive ici l'assurance de notre respectueuse recon-

naissance. Qu'il veuille bien, également, accepter nos bien sincères remerciements pour les leçons si claires et l'enseignement si précis qu'il nous a si largement donné pendant notre stage dans son service à la clinique Baudelocque.

Nous tenons, enfin, à remercier notre excellent ami, M. Couvelaire, interne à la Maternité, des conseils qu'il nous a toujours prodigués. Qu'il reçoive ici, en même temps que nos remerciements, l'assurance de notre bien sincère et durable amitié.

CHAPITRE I

Parmi les nombreuses causes de dystocie d'origine fœtale, la distension de la vessie causée par une accumulation de liquide capable de gêner l'accouchement a, depuis longtemps, attiré l'attention des accoucheurs, et, dès 1685, Portal publiait un fait de ce genre. Le premier travail important fut un mémoire de Depaul intitulé : « Mémoire sur la rétention d'urine chez l'enfant, pendant la vie fœtale, comme cause de dystocie » paru en 1850. Duparcque, il est vrai, avait bien publié, huit ans avant, un mémoire sur le même sujet, mais cet ouvrage était passé inaperçu et Depaul n'en eut lui-même connaissance, ainsi qu'il le dit, que lorsque son ouvrage eut paru. M. Hergott, dans sa thèse d'agrégation, consacre tout un chapitre à ce sujet. Van Gelder, dans sa thèse inaugurale, en 1879, en rapporte plusieurs observations.

Depuis, un certain nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet. Dans la plupart des cas, il y a un obstacle à l'évacuation de la vessie, siégeant sur l'urèthre, soit absence de ce canal, soit imperforation, soit val-

vules. L'explication de cette distension vésicale semble alors bien naturelle. Mais, à côté de ces faits, il en existe d'autres, extrêmement curieux, où le canal de l'urèthre bien constitué macroscopiquement, et, semble-t-il, perméable dans toute son étendue, paraissait pouvoir permettre le libre écoulement de l'urine, et, cependant, la vessie distendue, dans des proportions quelquefois considérables, mettait un obstacle à l'accouchement.

Dans certains cas, cette distension vésicale existait seule, mais, dans d'autres, elle était compliquée soit d'hydronéphrose, soit de dégénérescence kystique des reins, soit d'hydrothorax, soit surtout d'ascite. Van Gelder compte douze cas de rétention vésicale accompagnée d'ascite.

Avant d'étudier cette dystocie dans les cas où il y a perméabilité du canal de l'urèthre, occupons-nous de savoir si on peut diagnostiquer cette distension, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement.

Depaul, et après lui Van Gelder, dans sa thèse sur « L'ascite congénitale », donnent comme symptôme, pouvant aider à faire le diagnostic ou du moins à faire présumer un cas de ce genre, une distension énorme et rapide du ventre de la femme en disproportion avec l'âge de la grossesse. C'est en peu de temps, et subitement, que se montre cet accroissement. Comme conséquence, les phénomènes d'œdème et les troubles des voies respiratoires chez la mère se manifestent violemment. Mais ce sont là des symptômes bien généraux et peu précis; aussi n'ont-ils que peu de valeur et

ne peuvent-ils créer qu'une présomption bien faible. La distension énorme de l'utérus qui, dans certains cas, a pu atteindre jusqu'à 56 centimètres de hauteur, ne signifie pas grand'chose non plus.

Le défaut de ballottement, dit Depaul, accompagné d'un développement insolite de l'utérus et d'une fluctuation évidente à travers les parois, établirait de grandes présomptions avant l'accouchement pour qu'il y ait accumulation de liquide dans l'abdomen de l'enfant.

Le ballottement, en effet, ne peut s'obtenir que s'il y a disproportion entre le volume du fœtus et celui de la cavité utérine. Si le fœtus, par son volume, distend l'utérus par suite de l'augmentation énorme de son ventre, la paroi utérine est accolée contre son abdomen et il n'y a pas ballottement. Mais, lorsqu'il y a coïncidence de distension vésicale et d'hydramnios, ce qui peut exister, puisque, dans l'observation de Gaudon, nous trouvons qu'au moment où, ayant introduit la main et fait le tour de la tumeur formée par la vessie, il s'écoula encore trois litres de liquide, on comprend que le ballottement puisse exister. Si donc l'absence de ballottement accompagnée d'un énorme développement de l'utérus peut créer des présomptions, on ne saurait conclure, de ce qu'il y a ballottement, qu'il n'existe pas de distension de la vessie. C'est donc un signe assez peu précis.

La palpation abdominale permettrait, dit Van Gelder, de poser le diagnostic. Un fœtus sain, dit-il, est pelotonné sur lui-même, on sent nettement le dos dans un

des points de l'utérus, et autre part on sent une masse fluctuante qui paraît indépendante du plan résistant constitué par son corps. La fluctuation causée par l'accumulation de liquide dans l'abdomen sera toujours beaucoup moins nette, puisque, pour arriver à la percevoir, il faut déprimer l'épaisseur des parois maternelles, celle du liquide amniotique et celle des parois abdominales de l'enfant. En outre, le plan résistant disparaît presque, tout l'utérus étant en quelque sorte occupé par l'abdomen fœtal distendu. Mais cette sensation n'est qu'une question de nuances, et si un accoucheur très habitué au palper peut l'apprécier, il n'en pourra conclure qu'à la présence d'une collection liquide sans rien pouvoir préjuger.

Donc, pendant la grossesse, aucun signe ne permet d'établir le diagnostic de distension vésicale par un liquide; si quelques signes peuvent y faire penser, on ne pourra jamais affirmer qu'il s'agit de rétention dans la vessie.

Pendant le travail, tout se précise, et voici, en général comment les choses se passent. La partie fœtale qui se présente, la tête, dans les neuf dixièmes des cas, se dégage, les bras et les épaules suivent, en général, facilement. Puis, tout s'arrête brusquement et le fœtus pend entre les jambes de sa mère. Les contractions utérines, les tractions n'aboutissent à aucun résultat. Les parties fœtales sur lesquelles on tire dans bon nombre de cas où la cause de l'obstacle était méconnue ont même été arrachées (cas de Depaul). Lorsque cela arrive, l'accoucheur doit alors penser à une accumula-

tion de liquide dans l'abdomen du fœtus. Il faut alors faire le diagnostic et reconnaître que l'obstacle est constitué par une tumeur liquide qui occupe le ventre du fœtus. Sans doute, pareille chose se produira toutes les fois qu'une tumeur quelconque viendra augmenter le volume du tronc de l'enfant. Il faut introduire la main et rechercher, si la chose est possible, le ventre du fœtus. On aura alors la sensation d'une tumeur fluctuante portant sur l'abdomen. Cette fluctuation est donc le premier signe à rechercher.

Nous venons de dire que dans la plupart des cas l'enfant se présentait par la tête. C'est là une circonstance défavorable pour le diagnostic de la lésion et la ponction, car la tête gêne, par sa présence, l'introduction de la main exploratrice. Il est cependant un certain nombre de cas de dystocie due à une accumulation de liquide dans la vessie où l'enfant se présentait par le siège, tels ceux de Delbovier (Archives de Méd. Belge, mai 1842) et du professeur Arnold de Heidelberg (Archiv. für patholog. anatomie und Physio. herausgeben von Rudolf Virchow. Vol. XLVII, p. 7, 1869), mais ils sont beaucoup plus rares.

Une fois la présence d'une collection liquide reconnue, il faut faire le diagnostic différentiel entre les différentes tumeurs liquides de l'abdomen (distension vésicale, ascite, hydronéphrose, tumeurs enkystées, etc.). Dans quelques cas, on a pu avoir la sensation d'une tumeur trilobée ; il y a alors presque certainement rétention d'urine et double hydronéphrose. Mais, lorsqu'on se trouve en présence d'un abdomen distendu,

mollasse, on ne peut guère arriver à reconnaître une ascite ou une rétention d'urine seule ou compliquée d'ascite. Quoi qu'il en soit, dit Depaul, l'indication est toujours la même : évacuer le liquide par une ponction. S'il y a ascite, le plus souvent l'accouchement suivra l'expulsion du liquide; si il y a, en outre, rétention d'urine, cette première ponction est insuffisante, et, au palper, on sent une autre tumeur, constituée par la vessie distendue, qu'il faut évacuer par une seconde ponction (cas de Galabin).

Dans quelques cas, par exemple celui de Pigné, il s'agit d'une tumeur enkystée de l'abdomen; il est alors impossible de faire le diagnostic différentiel. On reconnaîtra seulement qu'il y a une tumeur liquide et l'indication reste toujours la même : évacuer cette tumeur si elle est cause de dystocie, afin de permettre l'accouchement.

Le pronostic de cette dystocie doit être examiné : 1^o au point de vue de la mère; 2^o au point de vue de l'enfant. Lorsque l'obstacle est inconnu et que les tractions opérées pour extraire le fœtus sont violentes et maladroites, on comprend qu'il puisse y avoir des désordres plus ou moins considérables du côté de la mère, déchirures plus ou moins grandes du périnée (Comelli) ou, comme dans le cas rapporté par M. Porak, rupture du col avec épanchement sanguin consécutif dans le ligament large.

Mais à part ces cas, les suites de couches ont été en général normales, lorsqu'on s'est abstenu de manœuvres violentes. Le pronostic pour la mère, à condition

que l'accoucheur agisse avec prudence, semble bénin.

Mais il en est tout autrement pour l'enfant, et on peut dire que le pronostic est presque absolument fatal. Tout d'abord, dans nombre de cas, il y a en même temps des anomalies nombreuses et incompatibles avec la vie, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant, mais quelquefois le fœtus paraît viable.

Le volume exagéré du fœtus, en disproportion avec l'âge de la grossesse, provoque une distension énorme du ventre et l'expulsion prématurée du fœtus, ce qui assombrit le pronostic. Cet accouchement prématuré n'est pas toutefois une règle absolue car, dans quelques cas, les fœtus sont expulsés à terme ou près du terme (8 mois 1½, observation due à M. Porak).

Lors de l'expulsion, il n'est pas rare que le fœtus soit mort (cas de Rayner, Gaudon), ayant succombé à des malformations, mais, dans d'autres cas, il arrive vivant ou, dans la plupart des cas, a succombé pendant les manœuvres pratiquées pour l'extraire (Lefour-Porak). Fort rarement, il est vrai, il a survécu de quelques heures ou de quelques jours à l'accouchement.

En ce qui concerne la conduite à tenir dans quelques cas (Comelli), on a pu extraire le fœtus sans ponction, avec des désordres plus ou moins graves pour la mère. Comelli recommande même de toujours essayer d'extraire le fœtus sans ponctionner, considérant la ponction de la vessie comme excessivement dangereuse et presque fatalement mortelle. Mais actuellement, vu la moindre gravité de cette ponction, le peu de chances de viabilité du fœtus, et surtout les désordres que produit

chez la mère le passage de cet abdomen distendu, les auteurs s'accordent presque unanimement à préconiser, avec Depaul, la ponction de la vessie faite dans les meilleures conditions chirurgicales possibles.

Ainsi donc, si, lors d'un accouchement, le tronc arrêté s'oppose au dégagement, il est important avant tout de reconnaître la cause de cet obstacle et de s'assurer qu'on se trouve en présence d'une collection liquide. Il faut ensuite s'abstenir autant que possible des tractions violentes, mais ponctionner.

Comme l'enfant peut arriver vivant, quelques minimes que soient ses chances de survie, le devoir de l'accoucheur est de tenter de le sauver. L'indication de la ponction est d'éviter les anses intestinales et Depaul à ce sujet conseille de pratiquer cette ponction comme suit :

Rechercher le cordon, le suivre jusqu'à son insertion foetale et pratiquer la ponction à quelques centimètres au-dessous en se rapprochant du pubis.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Les cas connus et publiés de distension vésicale ayant pu mettre obstacle à l'accouchement sont assez rares, puisque M. Varnier, dans son étude sur les maladies du fœtus au point de vue de la dystocie, parue dans la Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance en 1890, n'en cite qu'une trentaine. Si on les observe, et par suite les publie, si rarement, c'est peut-être que l'accumulation de liquide dans la vessie n'atteint pas souvent un degré capable de donner lieu à une difficulté dans l'accouchement telle que l'intervention de l'accoucheur devienne nécessaire.

Dans les cas observés où la rétention vésicale avait été cause de dystocie, le fœtus présentait un aspect spécial. Tout d'abord, ainsi que nous l'avons dit dans le précédent chapitre, il naît le plus souvent avant terme.

Dans le cas où il a pu être extrait sans ponction, on voyait la vessie distendue former une tumeur hors de proportion avec les éléments normaux de l'organisme.

Elle remplit toute la cavité abdominale, refoulant l'intestin et le diaphragme. L'abdomen du fœtus prend une forme sphérique, globuleuse, et atteint des dimensions monstrueuses qui contrastent étrangement avec le faible développement du sujet. La tête et les membres sont appliqués contre le tronc et, le plus souvent, ceux-ci sont très atrophiés. Dans quelques cas la cavité abdominale du fœtus, énorme, pourrait loger la tête d'un enfant de plusieurs années.

Le diamètre de l'abdomen fœtal peut atteindre par suite des dimensions considérables. Dans l'observation de Cornéli la circonférence abdominale mesurait 48 centimètres, c'est-à-dire au moins 14 centimètres de plus qu'à l'état normal. Delbovier mesura 51 centimètres dans un cas qui lui est propre. On voit par ces deux exemples les proportions que peut atteindre le tronc de l'enfant et les difficultés qu'on aura à l'extraire lors de l'accouchement.

A l'ouverture de la cavité abdominale, l'organe le plus important et qui saute immédiatement aux yeux est la vessie, énormément distendue.

La quantité de liquide qu'elle contient est essentiellement variable. Dans une curieuse observation due à Guéniot, qui montre le début de cet état pathologique qui peut apporter de si grands troubles dans la parturition, la vessie distendue par l'urine atteignait le volume d'un œuf de dinde seulement et, par suite, n'apporta aucun trouble à l'accouchement.

Dans le cas du à M. Lefour, de Bordeaux, qu'on trouvera rapporté dans nos observations, la vessie contenait

1750 grammes de liquide. Il y en avait 2 litres dans le cas de Gaudon, également dans nos observations, et 2 litres 1/2 dans celui de Depaul.

Cette distension de la vessie est fort souvent accompagnée de malformations des organes internes de gravité et d'étendue variables allant jusqu'à des malformations complexes et graves absolument incompatibles avec la vie, comme dans le cas de Olshausen, publié dans la thèse d'agrégation de Hergott.

Nous allons, en passant, signaler quelques-unes de ces malformations sans trop nous appesantir, car elles sont extrêmement variables et ne semblent pas suivre de règles fixes.

Nous allons tout d'abord passer en revue les malformations portant sur d'autres organes que l'appareil urinaire; puis celles portant sur l'appareil urinaire lui-même, c'est-à-dire la vessie, les uretères, les reins et enfin l'urètre.

I. Malformations et états pathologiques portant sur d'autres organes que l'appareil urinaire.

Ces malformations sont excessivement complexes et variables, aussi ne ferons-nous que les signaler sans y insister.

Tantôt la distension vésicale s'accompagne d'hydrothorax, mais dans ce cas la dystocie a plutôt paru avoir pour cause la distension vésicale que l'hydrothorax.

Tantôt, au contraire, le thorax est très diminué et Moreau rapporte un cas de distension vésicale où le thorax n'avait plus que 2 centimètres de hauteur à sa partie moyenne.

On comprend dans quel état peuvent se trouver les organes contenus dans la cavité thoracique. Les poumons sont atelectasiés, le cœur très atrophié. Mais ce sont là des malformations incompatibles avec la vie.

Souvent il y a ascite concurremment à la distension vésicale et Van Gelder, dans sa thèse sur l'ascite congénitale, en rapporte 12 cas dus à : Féarn (obs. 31), Deville (obs. 23), Depaul (obs. 29), Monan (obs. 28), Mathews Duncan (obs. 24), Galabin (obs. 25), Baumbach (obs. 26), Portal (obs. 27), Moreau (obs. 32), Depaul (obs. 30), Duparcque (obs. 33), Arnold (obs. 34).

Du côté de l'appareil digestif, les malformations peuvent être également nombreuses et variées. Tantôt il est normal, mais ce cas est assez rare. L'estomac est quelquefois très réduit dans son volume. Les intestins, refoulés dans certains cas, ne forment plus qu'une masse unique englobant quelquefois d'autres viscères.

L'intestin grêle peut se trouver excessivement diminué de volume et de longueur. Gaudon dans son observation que nous rapportons dit que l'intestin grêle n'avait que 2 centimètres de long. Dans une observation due à Moreau et rapportée dans la thèse de Van Gelder, l'intestin était contracté et du volume d'un lombric.

Parfois le cœcum manque complètement ou est à peine marqué et le reste de l'intestin privé de bosselures. Le gros intestin est aussi souvent fort diminué de volume

et les auteurs rapportent plusieurs cas où les urétéres dilatés auraient pu être pris pour l'intestin, celui-ci se trouvant au contraire réduit aux dimensions de l'urétére normal.

Une anomalie assez fréquemment observée dans les cas de dystocie par distension vésicale est l'absence d'anus. Quelquefois il n'y a ni colon ni cœcum, d'autrefois il y a abouchement du rectum dans la vessie (Helcker-Delbovier) tantôt fistule recto-vésicale (Portal) ou vésico-intestinale; tantôt le rectum finit par un cul-de-sac dans la cavité pelvienne (Fearn-Kristeller). On a aussi noté une atrésie complète des canaux urinaire et intestinal et la fusion de ces divers canaux.

Le foie est tantôt hypertrophié, tantôt atrophié, tantôt on y a trouvé un kyste purulent du lobe droit.

Les membres sont souvent très atrophiés et diminués. Dans une observation de Depaul, les jambes et les pieds étaient réduits à la minceur d'une lame de carton de quelques millimètres seulement (2 à 3 dans quelques points). Cette circonstance trouve son explication dans la situation de ces membres, qui s'étaient trouvés placés d'une part entre l'abdomen du fœtus, progressivement distendu, et l'utérus, qui, soutenu par les parois abdominales de la mère, devait énergiquement résister à l'énorme et trop rapide distension dont il était le siège.

Les organes génitaux sont également le siège de nombreuses malformations. Tantôt il y a absence de verge, de scrotum, de vulve ou de vagin. Tantôt il y a absence de testicules dans le scrotum et atrophie des testicules qui sont, dans le cas de Depaul, de la grosseur d'une

petite graine de haricot. La prostate fait souvent défaut.

En résumé, les malformations observées sur les fœtus atteints de distension vésicale sont essentiellement variables et différentes. Aucun lien ne paraît exister entre elles, et on ne peut trouver de lésion caractéristique et constante qui paraisse en rapport bien établi avec cet état pathologique.

II. Malformations portant sur l'appareil génito-urinaire.

1^o Modifications portant sur la vessie.

Tout d'abord, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les dimensions de la vessie sont essentiellement variables, puisque celle-ci peut arriver à contenir 2 litres 1/2 de liquide, comme dans le cas de Depaul. C'est cet organe qu'on aperçoit immédiatement à l'ouverture de la cavité abdominale.

Souvent la vessie présente des adhérences avec la paroi abdominale ou avec les organes voisins, adhérences vésico-péritonéales, adhérences du colon, de l'utérus avec la vessie, adhérences de la vessie et du foie.

L'épaisseur de la paroi vésicale dans les cas de distension est très variable, le plus souvent il y a hypertrophie. Dans la plupart des cas on ne signale que cette épaisseur sans entrer dans des détails ni donner d'évaluation. Moreau évalue l'épaisseur des parois à 1 centimètre dans son cas. En outre, la membrane muqueuse

de la vessie semble faire hernie à travers la tunique musculaire, l'orifice de communication entre les 2 tumeurs a la dimension d'une pièce de 2 francs.

Mathews Duncan a trouvé la vessie mesurant près de neuf pouces. La couche musculaire des deux tiers inférieurs de l'organe était d'une grande épaisseur ($\frac{3}{8}$ de pouce); dans le tiers supérieur, la couche musculaire faisait défaut, les parois étant uniquement formées par la membrane muqueuse et le péritoine.

Rapprochons de cette observation celle due à M. le professeur Lefour, de Bordeaux, où nous trouvons également une hypertrophie de certaines parties de la vessie et une atrophie des autres. Ici les parois de la vessie ont 3 millimètres d'épaisseur à l'état de flaccidité, toutefois une assez grande étendue de la partie droite de l'organe est très notablement amincie. A ce niveau la couche musculaire est bien moins épaisse et cette anomalie semble tenir non seulement à la distension plus grande de la vessie, mais encore à la rareté des fibres musculaires existantes. La circulation est également mauvaise à ce niveau et une injection poussée par les deux artères ombilicales permet de constater que la face antéro-latérale droite ne se laisse pas pénétrer par l'injection car les artères sont à ce niveau transformés en cordons fibreux.

Dans le cas de Portal publié en 1685, la vessie est très dure, calleuse, plus blanche qu'à l'ordinaire. Elle contient de petits graviers tellement enfoncés dans le corps de la vessie qu'il est difficile de les détacher. Dans

une observation citée par Depaul, la vessie atteint 3 et 4 millimètres $1/2$ d'épaisseur.

Dans l'observation de Gaudon nous trouvons la vessie notablement hypertrophiée, mais il n'y a aucune évaluation. Vers le milieu de sa paroi postérieure, la muqueuse vésicale est d'une teinte noirâtre et d'une consistance mollassse qui s'étendent sous forme d'escharre gangréneuse dans une étendue très irrégulière de 2 ou 3 centimètres dans tous les sens.

Comelli, Gervis, notent également l'hypertrophie de la vessie. Dans l'observation recueillie par M. Couvelaire dans le service de M. le Dr Porak on note des parois assez épaisses ($1/2$ cent. en moyenne), la muqueuse est congestionnée et ecchymotique par places.

Signalons encore du côté de la vessie les communications anormales qui existent entre celle-ci et l'utérus, ou le rectum, ou l'intestin.

2° Modifications portant sur les reins et les uretères.

Parmi les lésions qui coexistent avec la rétention d'urine dans la vessie il faut citer celles qui portent sur les reins et les uretères.

Tantôt les reins sont normaux, tantôt seulement un peu gros. Dans l'observation VI due à M. le Dr Porak ils étaient le siège d'une hydronéphrose, nous trouvons comme dimensions 52 millimètres de haut, 35 de largeur et 24 d'épaisseur pour le droit; pour le gauche 50, 38 et 25 millimètres, la substance corticale n'a pas 4 millimètres d'épaisseur maxima. Gaudon les a trouvé

volumineux et mollasses mais absolument privés de substance corticale. Dans l'observation de Portal ils sont formés d'un amas de glandes et de chair glanduleuse jointes et agglomérées dans la même enveloppe.

Dans l'observation de Depaul citée par Van Gelder (page 156), les reins sont atrophiés, leurs diamètres verticaux sont de 5 centimètres pour le gauche et de 3 1/2 pour le droit. Le transversal a 15 millimètres de chaque côté, l'épaisseur est de 9 millimètres à gauche et 7 seulement à droite. La capsule surrénale droite est très développée, la gauche a des dimensions moitié moins grandes. La structure du rein est parfaitement normale de chaque côté et on distingue facilement la substance médullaire de la substance corticale. Leur surface externe est absolument lisse.

Les reins sont normaux macroscopiquement dans l'observation de M. Lefour et celle de Rayner.

Assez souvent les reins sont atteints de diminution de la substance corticale par suite du refoulement de cette substance par le bassin et énormément distendu.

Il faut noter aussi la dégénérescence kystique du rein ainsi qu'on le voit dans l'observation de Arnold de Heidelberg. Dans une observation qui se trouve rapportée dans le mémoire de Duparcque, le rein droit, par suite de la dilatation du bassin, était converti en une vésicule membraneuse transparente; le gauche, moins volumineux, n'était vésiculeux que dans sa partie supérieure; l'autre partie représentait des mamelons membraneux, transparents, qui lui donnaient l'aspect de la

masse bulbeuse que fait l'eau de savon quand on la fait monter en insufflant de l'eau avec un chalumeau.

Les lésions sont tantôt bilatérales, tantôt unilatérales, et il est des cas où un rein était hypertrophié et l'autre atrophié.

Les uretères sont eux aussi le siège de modifications nombreuses et variables. Ils sont normaux et même semblent rétrécis dans quelques cas entre autres dans un cas rapporté par Depaul. Mais le plus souvent ils sont dilatés, ils atteignent jusqu'à un pouce de diamètre (Fearn) ; tantôt ils sont seuls distendus sans distension des bassinets (Galabin), tantôt les uretères sont fusionnés avec le tube digestif (Kristeller).

Parfois un seul des uretères s'ouvre dans la vessie. Dans l'observation de Guéniot, l'uretère du côté droit était oblitéré à son embouchure dans la vessie et le canal, dilaté par l'urine, avait atteint le volume du doigt. Dans l'observation due à Comelli on remarque que les deux uretères sont élargis, à parois minces et pâles, à trajet nullement rectiligne mais sinueux et tel qu'on aurait cru avoir l'aspect d'ampoules séparées par des points rétrécis, les uretères se terminent dans la vessie par une ouverture de dimension normale. Dans d'autres cas, les parois de l'uretère sont hypertrophiées.

3^e *Modification de l'urèthre.*

De tous les organes atteints de modifications ou de malformations, l'urèthre est le plus important.

Le plus souvent les anomalies étaient suffisantes

pour expliquer la rétention d'urine dans la vessie. Elles sont de plusieurs ordres. Tout d'abord il faut citer l'absence complète ou partielle du canal de l'urèthre. Dans le cas de Portal, il y a absence complète d'organes génitaux externes, dans celui de Kristeller, il y a atrésie complète de l'urèthre; dans celui de Moreau on ne peut faire pénétrer une sonde par le méat que jusqu'à une profondeur de 3 millimètres, le reste du canal de l'urèthre n'existe pas.

L'obstacle à l'émission de l'urine siège en des endroits très divers; parfois c'est le col de la vessie que le stylet ne peut franchir (Duparcque-Galabin), tantôt c'est au niveau de la portion membraneuse qu'il est arrêté (Depaul) d'autres fois l'obstacle siège à quelques millimètres du méat urinaire, d'autres fois, c'est le méat lui-même qui est imperforé.

Il y aussi tantôt hypospadias, tantôt épispadias accompagnant ou non l'oblitération du canal de l'urèthre.

Dans quelques cas cette oblitération était causée par une valvule. Dans un cas de M. Porak, on constata une distension de la vessie telle qu'il fut facile d'y verser un litre d'eau. Il y avait de plus un épanchement liquide dans la cavité péritonéale, épanchement d'ailleurs peu abondant. Les uretères étaient considérablement distendus, ils avaient un diamètre pour le moins double de celui de l'intestin, et décrivaient des sinuosités nombreuses. Les reins étaient transformés en tumeurs kystiques volumineuses. A la coupe on reconnaissait que les kystes étaient innombrables et de volume très variable depuis celui d'un œuf jusqu'au plus petit à peine

visible à l'œil nu. La substance tuberculeuse ainsi que la substance corticale y étaient méconnaissables; elles étaient refoulées et constituaient les kystes signalés plus haut. La vessie, les uretères, les reins ainsi distendus cachaient l'estomac et la rate qu'on ne peut découvrir qu'après l'avoir enlevé. On constata sur l'urèthre au niveau de la région membraneuse, une valvule dont le sinus était ouvert du côté de la vessie. Elle s'opposait par sa distension à tout écoulement à travers le conduit uréthral.

Mais à côté de ces cas il en existe d'autres ou aucun obstacle mécanique n'est trouvé au niveau de l'urèthre; ni rétrécissement, ni valvule, ni bouchon muqueux. Ce sont ces cas que nous avons rassemblés et que nous allons discuter.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

(Gaudon. -- *Bulletin de la Société anatomique*, avril 1846, page 103.)

M. Deville présente une vessie énormément dilatée, trouvée sur un fœtus de 6 à 7 mois par M. Gaudon, médecin au Blanc, département de l'Indre. Une femme de 33 ans environ, qui avait déjà accouché plusieurs fois sans accidents, était de nouveau enceinte et offrait un développement très considérable du ventre. Au 7^e mois le travail commença ; il fut peu actif et nécessita plus de 50 heures pour produire la dilatation du col, la formation et la rupture de la poche des eaux ; la tête de l'enfant s'engagea aussitôt dans le petit bassin, et depuis cette descente qui avait exigé de la part de la malade des efforts considérables, le travail s'arrêta tout à fait. Après plusieurs heures, M. Gaudon, appelé par la sage-femme trouva en effet la tête de l'enfant, pas trop volumineuse, placée dans le petit bassin et facile à contourner, regardant par le front la cavité cotyloïde gauche ; la femme était bien conformée, seulement il n'y avait plus de douleurs. Le seigle ergoté fut prescrit pour remédier à l'inertie présumée de la matrice et détermina de vives contractions qui n'amènèrent aucun résultat. A l'aide de quelques manœuvres, l'accoucheur put dégager le bras et la tête et

les faire sortir hors de la vulve. Tous les efforts qu'on put employer, assez violents parce que l'état de la face annonçait que l'enfant était mort, ne purent achever de dégager l'enfant, M. Gaudon jugea à propos d'introduire la main qui lui fit constater l'existence d'une volumineuse tumeur fluctuante attenant à l'enfant; en passant entre cette tumeur et l'angle sacro-vertébral, il s'écoula près de trois litres d'eau qui étaient retenus dans le haut de la matrice, et aussitôt le volume du ventre diminua beaucoup. L'accouchement ne se terminait pas cependant; il fallut réintroduire la main jusqu'au-dessus de la tumeur, attendre une douleur utérine et à ce moment attirer la tumeur au dehors, ce qui réussit au premier essai. Une seconde après, l'accouchement était terminé; l'enfant était mort. En peu de temps, la mère s'est rétablie; elle n'avait éprouvé aucun accident remarquable, sauf que dans les premiers temps de sa grossesse elle avait fait une chute sur le siège.

La tumeur attenant à l'enfant était placée dans l'abdomen; elle était flasque, fluctuante, pleine de liquide et descendait, dans certaines positions de l'enfant, jusqu'aux genoux. En l'incisant, il en est sorti au moins deux litres de liquide incolore et inodore. Il a été aisé de constater qu'elle était formée par la vessie énormément dilatée. Cette vessie, qui est mise sous les yeux de la Société, présente en effet des dimensions considérables, parfaitement comparable à celle d'une vessie d'adulte très dilatée par une longue rétention d'urine; on comprend bien qu'elle eût contenu au moins deux litres de liquide. Près du col vésical, on ne trouve pas la moindre trace de prostate et à la place que celle-ci devrait occuper, la vessie se prolonge sous forme d'infundibulum avec l'urèthre *parfaitement libre* terminé par un méat urinaire à quatre lèvres, bien conformé.

Vers le milieu de sa paroi postérieure, vers le bas-fond, la muqueuse vésicale est d'une teinte noire et d'une consistance molle qui s'étendent sous forme d'escharre gangréneuse dans une étendue très irrégulière de 2 à 3 centimètres dans tous les sens. Le reste de la vessie est sain; à part une hypertrophie notable. Les uretères sont très dilatés, plus volumineux que le rectum. Celui du

côté gauche seul s'ouvre par un large orifice elliptique à l'intérieur de la vessie, dont il a parcouru obliquement les parois dans un court trajet ; le droit très dilaté, s'engage aussi obliquement dans les parois vésicales, mais au niveau de la muqueuse, celle-ci le ferme complètement en formant dans ce point une petite cicatrice radiée. Toutes ces particularités anatomiques sont constatées par les membres de la Société.

D'après M. Gaudon, les reins étaient volumineux et mollasses; il n'y avait pas de traces de substance corticale.

Tous les autres organes étaient assez bien conformés à part le développement très médiocre de l'intestin ; l'estomac aurait contenu à peine une cuillerée de liquide ; l'intestin grêle avait environ 2 centimètres de long ; le cœcum à peine marqué et le reste du gros intestin étaient sans bosselures.

M. Barth fait noter l'hypertrophie des parois vésicales, ce qui rentre dans la loi d'anatomie pathologique, en vertu de laquelle des organes creux, longtemps soumis à une certaine distension, s'hypertrophient.

OBSERVATION II

(Comelli A., 1879. — *Wien. méd. Wochens.* n° 37, p. 973-980).

Jeanne Egger, âgée de 34 ans, née à Steinbüchel (Kärnten), non mariée, domestique, multipare. Faible et amaigrie depuis son enfance par suite d'affection perpétuelles qu'elle a subies, telles que des adénites dans diverses régions du corps, des diarrhées fréquents, etc., elle était d'une constitution chétive et atteinte d'anémie. Les premières règles n'apparurent qu'à l'âge de 20 ans et furent très peu abondantes les premières années, mais, plus tard, elles augmentèrent de quantité et demeurèrent régulières et normales jusqu'à l'âge de 23 ans où une première grossesse survint. Cette grossesse suivit son cours normal, alla à terme et il naquit un enfant du sexe masculin bien portant et bien développé.

Élevé par sa propre mère cet enfant vécut trois ans et mouru

après un an d'une maladie consomptive. Dix mois après l'accouchement les règles étaient revenues, elles furent régulières jusqu'au 3 mai 1878. A ce moment se produisit un nouvel arrêt des règles que la malade attribua à une nouvelle grossesse possible, cette opinion fut bientôt confirmée dans son esprit par l'apparition de vomissements qui la tourmentèrent pendant 3 mois. Depuis la fin du troisième mois jusqu'au sixième cette femme ne remarqua rien d'anormal. Au commencement du septième mois cependant, elle fut très étonnée de voir que son ventre avait grossi très rapidement dans une proportion notable, celui-ci atteignit des dimensions anormales et énormes jusqu'au moment de l'accouchement. Ce qu'elle craignait le plus c'était une grossesse gémellaire, mais en même temps elle était étonnée de n'avoir perçu que peu ou même aucun mouvement du fœtus.

Le 23 janvier elle entre à la Maternité et voici ce que l'on constate :

De taille moyenne, de constitution faible, le visage un peu cyanosé, elle présente un peu de dyspnée due au refoulement du diaphragme occasionné par le volume exagéré du contenu de l'abdomen. L'examen des organes respiratoires et circulatoires n'indique rien d'anormal, sauf une expiration un peu faible et un catarrhe des grosses bronches. Le fonctionnement du tube digestif de même que celui du système urinaire sont normaux. La malade se plaint néanmoins d'avoir eu de la constipation ces dernières semaines, et des envies fréquentes d'uriner. Pas d'œdème des membres inférieurs, les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine. Le bassin est bien conformé de même que les organes génitaux internes et externes.

Au toucher on constate que les parties molles sont saines, et bien qu'il n'y ait encore aucun signe du début du travail, les parois du col paraissent amincies, de même que celles du segment inférieur, l'orifice du col est perméable.

Mais ce qui attirait surtout l'attention à l'examen de cette femme, c'était le volume énorme du ventre. Déjà, à première vue, on pouvait reconnaître que ce volume extraordinaire était dû à une grande quantité de liquide amniotique dépassant de beaucoup la

quantité normale, et on pouvait facilement, par l'examen exclure l'idée d'une grossesse multiple ou d'un gros œuf; de même il était impossible de penser à l'exagération d'une partie seulement du fœtus.

L'accouchement eut lieu le 24 janvier. Les premières douleurs apparurent 16 heures avant l'expulsion du fœtus. A l'examen de l'abdomen, on trouve un utérus considérablement distendu. Le fond de l'utérus avait atteint la région épigastrique, sa hauteur était de 56 centimètres; depuis l'ombilic jusqu'à la symphyse il y avait 30 centimètres de distance; la circonférence du pourtour de l'abdomen mesurait 113 centimètres par conséquent 20 centimètres de plus qu'elle ne devrait mesurer, étant donné que la grossesse n'était pas encore à terme et qu'elle ne devait être à terme qu'au bout de trois semaines. Bien que l'utérus n'eût pas sa forme ovale et que sa largeur l'emportât sur sa hauteur, comme cela se voit dans les présentations transversales du fœtus, la présentation normale était hors de doute, car la parturiente percevait les mouvements du fœtus à gauche et au-dessus de l'ombilic et de plus le toucher indiquait que la tête était engagée; on entendait les bruits du cœur du fœtus à droite, on sentait la petite fontanelle à droite et la grande fontanelle à gauche par rapport à la mère.

La seconde période du travail dura 14 heures ce qui est plus long que d'ordinaire pour une multipare. Cette durée anormale est due à la faiblesse des contractions utérines, car l'utérus étant trop distendu et aminci, ne pouvait se contracter avec autant d'énergie. On fit la rupture artificielle des membranes et il s'écoula environ 4 litres de liquide amniotique. Il s'en écoula une quantité un peu moindre à la fin de la quatrième période du travail. La poche des eaux étant rompue, la tête passa de l'entrée à la sortie du bassin en exécutant sa rotation normale, puis les épaules se dégagèrent spontanément. C'est alors que s'arrêta l'expulsion du fœtus, celui-ci resta ainsi fixé et ne put être extrait ni par les contractions qui en ce moment étaient suffisamment fortes, ni par les poussées que faisaient la malade.

Constatant cet obstacle on fit le toucher vaginal et on put se

rendre compte aussitôt que le vagin était considérablement distendu par la portion inférieure du corps du fœtus. Ce n'est que par des tractions répétées et énergiques qu'on arriva à extraire le fœtus vivant. Celui-ci présentait au premier aspect un volume considérable de l'abdomen et c'est précisément ce volume qui avait empêché l'expulsion spontanée. L'extraction fit faire une déchirure partielle du périnée. A peine la cinquième période du travail était-elle achevée, qu'il survint une hémorrhagie assez abondante par suite de l'atonie du muscle utérin, mais cette hémorrhagie s'arrêta par la mise en œuvre des moyens habituels.

L'enfant manifesta dès sa naissance des signes très nets de vie, il était du sexe masculin et suffisamment développé en tant que prématuré. Poids 800 grammes. Longueur 46 centimètres. Le diamètre occipito-frontal mesurait 10 centimètres, le bipariétal 8 1/2, l'occipito-mentonnier 12 1/2, enfin la circonférence 33 1/2. Le pourtour de l'abdomen 48 centimètres c'est-à-dire 14 centimètres de plus qu'à l'état normal. Poids du placenta 556 grammes. Insection marginale du cordon, celui-ci ne mesurait que 23 centimètres. On ne peut mettre en doute que l'enfant ne soit prématuré si l'on tient compte des mensurations et si l'on ajoute que les ongles ne dépassaient pas les extrémités des doigts, que les bourses étaient encore vides et que le corps n'était pas recouvert de vernix caseosa.

Comme il a déjà été dit précédemment, le volume énorme du ventre du nouveau-né étonna beaucoup ceux qui assistaient à l'accouchement. Le ventre était très tendu. La percussion donnait de la matité jusqu'à la région épigastrique, un peu de tympanisme dans la région du cœur, de même que sur les côtés. Il y avait de la fluctuation. L'anneau ombilical formait une ouverture de 3 centimètres ; à travers cet anneau sortaient de l'abdomen deux anses intestinales recouvertes de péritoine et de la membrane amniotique ; on apercevait très nettement la veine ombilicale séparée des deux artères ombilicales, de même que les mouvements péristaltiques de l'intestin.

Quelques minutes après sa naissance, l'enfant se mit à uriner par une petite ouverture qui se trouvait au dessous de la fossette

naviculaire et non à l'extrémité de la verge. Cette émission d'urine n'eut pas lieu par un jet assez fort, c'était plutôt une sorte de transudation qui dura environ six heures sans interruption. A mesure que l'urine s'écoulait ainsi, le volume du ventre diminuait, de telle sorte que 7 heures environ après la naissance, la vessie était complètement vide et par conséquent la tumeur avait complètement disparu. Le ventre s'affaissa, la paroi abdominale devint flasque et ridée. L'enfant quoique prématuré, paraissait parfaitement viable. Dix heures après sa naissance, il prit le sein, mais il le repoussa le lendemain et mourut au bout de 46 heures d'existence.

Mentionnons maintenant les résultats de l'examen anatomique fait par le Docteur Perlot.

Examen anatomique. — L'aspect extérieur du corps, de même que sa grandeur, répondent à ceux d'un enfant à terme, bien développé du sexe masculin. L'abdomen est un peu volumineux. Au niveau de l'ombilic on constate un petit soulèvement de la peau dû à une hernie ombilicale facilement réductible et contenant une anse de l'intestin grêle. La verge est bien développée mais le méat urinaire fait défaut à son extrémité libre. A sa face inférieure, on trouve une petite ouverture par laquelle la sonde pénètre dans l'urèthre. Les bourses sont petites et ne renferment pas les testicules. Les organes encéphaliques de même que les organes thoraciques ne présentent rien de particulier.

A l'ouverture de l'abdomen, on remarque surtout la vessie, à cause de son volume. Elle représente un organe rond, gros comme une pomme et se trouve rattachée à l'ombilic par un cordon mince et solide. Sa surface externe, recouverte par la séreuse péritonéale est lisse et luisante; dans son intérieur, on trouve environ 30 grammes d'urine claire et inodore. Quand aux parois elles-mêmes, elles sont rétractées, dures, et régulièrement épaissies, l'épaisseur atteint 1/2 centimètre et comprend surtout la couche musculaire. La muqueuse est d'épaisseur normale, elle est pâle, un peu ridée et présente de petits creux durs aux trabécules saillantes déterminées, par l'hyperthrophie de la couche musculaire, cet aspect est surtout marqué dans le bas-fond vésical. Point de déchirures ni d'ecchy-

moses de la muqueuse. L'urèthre prend naissance au col de la vessie par un orifice légèrement dilaté, puis il se rétrécit peu à peu de façon à atteindre un calibre bien plus faible que normalement, de telle sorte qu'on est obligé de se servir des ciseaux les plus fins pour l'inciser, enfin, il se termine à la face inférieure du gland par le petit orifice décrit.

Il n'y a ni prostate, ni veru-montanum, ni ouverture de ce qu'on appelle l'utérus masculin. La muqueuse de l'urèthre est lisse, sans trace de cicatrice. Des deux côtés de la colonne vertébrale on trouve les deux uretères élargis à parois minces et pâles, à trajet nullement rectiligne, mais sinueux et tel qu'on aurait cru avoir l'aspect d'ampoules séparées par des points rétrécis; les uretères se terminent néanmoins à la vessie par une ouverture de dimensions normales. La portion d'uretère la plus élargie se trouve à la partie moyenne, et elle va en se rétrécissant vers l'origine de l'uretère. La muqueuse urétérale, celle du bassin et des calices est lisse, luisante et pâle. Le bassin est légèrement dilaté. Les reins sont de volume et d'aspect normal, mais un peu anémiés. La substance rénale n'a pas été examinée microscopiquement. Derrière la vessie, et en dehors des deux uretères, on aperçoit un petit corpuscule, blanchâtre, lisse, de la grosseur de la moitié d'un haricot, ressemblant beaucoup par sa forme au testicule embryonnaire muni de ses enveloppes, les deux testicules sont rattachés par un repli péritonéal au péritoine qui recouvre les uretères. Un petit ligament (vas deferens) pénètre dans le péritoine et se perd d'une façon indistincte dans le tissu conjonctif qui se trouve derrière la vessie. On ne trouve pas de vésicules séminales. Nous constatons donc :

1^o Une hypertrophie très marquée de la vessie avec dilatation des uretères, comme on la constate chez les adultes à la suite de rétention d'urine, par exemple à la suite de rétrécissement de l'urèthre, de l'hypertrophie de la prostate.

2^o Une diminution du calibre de l'urèthre avec hypospadias.

3^o Arrêt de développement et de migration des testicules; pas de prostate, ni de vésicules séminales, ni de vesicula prostatica (sinus pocularis.)

OBSERVATION III

(In Joulin: — *Traité d'accouchements*.)

Gervis a présenté à la Société obstétricale de Londres la vessie, les uretères et les reins considérablement distendus d'un nouveau-né. Les parois et la vessie étaient hypertrophiées; les uretères assez dilatés pour permettre l'introduction du doigt et cependant il n'existait aucune oblitération ou rétrécissement de l'urèthre pouvant mettre obstacle à l'émission des urines. La fonction urinaire s'étant accomplie normalement de la naissance à la mort qui sembla due à un affaiblissement progressif. Fraily Hewit rappela à ce sujet un cas tout semblable signalé par Hicks.

D'après JOULIN.

OBSERVATION IV

(Arnold d'Heidelberg). Ein Fall von uterus masculinus angeborner Strictur der Harnohre und hœhgrudiger Dilatation der Harnblun und Harnleiter in Archiv. fur pathologische anatomie und physiologie und fur Klinische medicin. von Virchow Vol. 17, p. 6, 1869).

Femme de 43 ans, autrefois bien portante, robuste, antérieurement accouchée sept fois; un seul enfant vivant, et un avortement sur ces 7 accouchements. Dernières règles 15 mars 1867. Grossesse normale, mouvements des enfants toujours faibles et sentis à droite. 3 novembre matin 1 heure 1/2 accouchement, expulsion de la tête 2 heures 1/2, impossibilité de dégager le tronc, 3/4 d'heure après terminaison de l'accouchement. Suites de couches normales.

Le fœtus présente une dilatation considérable du ventre; le nombril situé très haut est à 11 centimètres du pubis.

Le ventre mesure 11 centimètres dans le diamètre transversal. Vices de conformation des organes génitaux externes et des mem-

bres inférieurs. Membres supérieurs à peu près normaux. A l'ouverture du ventre la distension est reconnue, dépendre de la vessie. Elle a une largeur de 8 centimètres, 7 centimètres $\frac{1}{3}$ dans le sens antéro-postérieur. Dilatation des uretères surtout très considérable au point de réunion avec la vessie. La vessie contient 280 c. d'une urine ayant fortement l'odeur caractéristique, jaune trouble, contenant des cellules d'épithélium. Les reins sont kystiques, les bassinets distendus. Pas d'oblitération de l'urèthre

D'après VAN Gelder.

OBSERVATION V

(M. Lefour, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, Académie de médecine, 5 avril 1887).

Marie M..., âgée de trente-trois ans, ménagère, demeurant à Bordeaux, est douée d'une constitution robuste et a toujours joui, depuis sa plus tendre enfance, d'une excellente santé.

L'écoulement menstruel s'est montré, pour la première fois, à l'âge de dix-sept ans et, dès lors, il n'a jamais présenté la moindre irrégularité.

Mariée à l'âge de vingt et un ans; elle a eu quatre grossesses normales qui toutes se sont terminées à terme par un accouchement physiologique. Des quatre enfants nés de ces grossesses et nourris au sein par leur mère, deux sont morts, l'un du croup, à l'âge de trois ans, l'autre d'une broncho-pneumonie à l'âge de quatre ans.

Enceinte pour la cinquième fois, elle a vu ses règles qui duraient habituellement de quatre à cinq jours apparaître pour la dernière fois le 3 mai 1886. La grossesse n'a été troublée que par une série de phénomènes anodins liés à cet état et sur lesquels je crois inutile de m'appesantir.

Le 13 février dernier, à quatre heures du soir, à terme par conséquent, Marie M... ressent les premières contractions douloureuses du travail et fait mander sa sage-femme. Celle-ci se livre à un examen et constate que l'enfant vivant se présente par le sommet en

position gauche antérieure, que l'effacement du col est achevé et que l'orifice de dilatation a atteint les dimensions d'une pièce de cinquante centimes environ.

Les contractions utérines se succèdent, rapides et énergiques; aussi à huit heures et demie, la dilatation est-elle complète.

A neuf heures un quart, la poche des eaux se rompt spontanément et donne issue à une quantité assez abondante de liquide amniotique.

Le travail continuant à marcher régulièrement à onze heures la tête se dégage à la vulve et le fœtus donne encore des signes manifeste de son existence. Mais à partir de ce moment malgré les contractions utérines les plus violentes et les efforts considérables de la parturiente, l'accouchement s'arrête. La sage-femme essaye alors d'aider au dégagement des épaules par des manœuvres sur la nature desquelles nous ne sommes pas édifiés; ses tentatives demeurant sans résultat elle se décide à faire appeler un médecin du voisinage.

Ce dernier, intelligent et instruit, examine la parturiente avec soin et note, tout d'abord, que la matrice très fortement contractée, est presque moulée sur le tronc du fœtus. L'extrémité céphalique est complètement en dehors des organes génitaux externes et l'occiput regarde la cuisse gauche de la femme. Explorant ensuite la cavité vaginale, il remarque que l'épaule droite se trouve exactement appliquée contre la face postérieure de la symphyse du pubis et estime que là est la cause de l'arrêt dans le travail. Aussi s'empresse-t-il de dégager les deux bras afin de pouvoir exercer des tractions bien dirigées sur ces petits membres ainsi amenés à l'extérieur. Mais il reconnaît bientôt l'inutilité de ses efforts et, en raison de la résistance qui s'oppose à la sortie du tronc il juge prudent de ne pas insister. Il soupçonne un obstacle dû à une tumeur volumineuse de l'extrémité pulvienne et me prie de venir lui prêter mon concours.

J'arrivai dans la nuit du 14 février à quatre heures du matin et voici ce que je constatai.

Marie M..., dans le décubitus dorsal, les extrémités inférieures

fléchies, pousse des plaintes continuelles, puis a des contractions qui présentent un caractère tétanique. La peau, chaude, est inondée de sueur ; le pouls est fréquent.

Je fait mettre la parturiente en travers du lit, dans la situation obstétricale, afin de pouvoir pratiquer l'exploration des organes génitaux internes dans les conditions les plus favorables.

Le fœtus qui avait succombé quelques heures auparavant, avait la tête dans la situation indiquée plus haut ; les bras presque entièrement en dehors de l'orifice vulvaire étaient appliqués sur les côtés de la tête. L'utérus est encore très volumineux.

La main gauche soigneusement graissée, est introduite avec la plus grande douceur dans la cavité vaginale, en suivant le plan antérieur du fœtus. A peine entrée dans l'excavation pelvienne, elle est arrêtée par une tumeur énorme, surplombant le détroit supérieur, tumeur dont la surface comme oedématiée, présente cependant une grande résistance. La surface ainsi explorée, dans des limites assez étroites, se perd à droite et en haut dans la cavité utérine où je ne puis et ne dois la suivre, à cause de la rétraction violente de l'organe, tandis qu'elle s'arrête en bas et à gauche sur la poitrine du fœtus, au niveau de l'extrémité inférieure du sternum.

Le diagnostic porté est le suivant : accumulation de liquide dans la cavité abdominale du fœtus, et selon toutes probabilités dans la vessie.

L'enfant étant mort et la matrice très rétractée, ainsi que nous venons de le dire, nous estimons qu'il est plus sage de ponctionner l'abdomen par une voie détournée, afin d'éviter toute intervention dans la cavité même de l'organe. C'est pourquoi nous ouvrons la poitrine et, avec l'indicateur nous déchirons la cloison thoraco-abdominale. Aussitôt il s'écoule sept à huit cuillérées d'un liquide citrin, et en même temps que l'intestin nous sentons une poche manifestement fluctuante venir faire hernie à travers l'ouverture ainsi pratiquée. Après avoir essayé d'entamer cette poche par le grattage, nous l'ouvrons d'un coup de ciseaux, et immédiatement il s'en échappe un flot de liquide coloré en jaune.

Le tronc du fœtus ainsi réduit dans son volume est expulsé sur le champ.

Les suites de couches ont été normales, douze jours après notre opérée reprenait ses occupations.

Examen anatomique du fœtus — La paroi abdominale très infiltrée, ayant été largement ouverte à droite et à gauche de la ligne médiane, il est aisé de constater que la tumeur liquide qui faisait obstacle à l'accouchement et que nous avons ponctionné, est constituée par la vessie considérablement distendue ; malgré l'évacuation de l'urine, ce réservoir dont les parois à l'état de flaccidité ont 3 millimètres d'épaisseur environ, présente encore des dimensions énormes ; toutefois, une assez grande étendue de la paroi droite de l'organe est très notablement amincie.

Les quelques cuillerées de liquide qui s'étaient écoulées au moment de la déchirure du diaphragme venaient sûrement de la cavité péritonéale il y avait donc à la fois ascite et rétention d'urine.

Un fait très remarquable et sur lequel nous croyons devoir insister d'une façon toute spéciale, c'est que sauf un peu d'hypertrophie des parois des uretères qui, par ce fait, ont atteint le volume d'une plume de corbeau, on ne trouve rien d'anormal, ni du côté des reins, ni du côté des bassinets ; notons en particulier que ces organes ne sont distendus en aucun point de leur trajet.

J'enlève la vessie et les organes génitaux externes, pour en faire à loisir un examen plus minutieux. Cet examen pratiqué à l'Institut anatomique de la Faculté de Bordeaux, sous les yeux de M. le professeur Bouchard et de mon excellent collègue et ami M. Planteau a permis de relever les particularités suivantes :

1° Si l'on place une ligature sur l'un des uretères et qu'on insuffle la vessie par l'uretère du côté opposé l'air insufflé s'échappe par le méat urinaire.

2° Si, dans les mêmes conditions on remplace l'air par l'eau et qu'on pousse l'injection jusqu'à réplétion de l'organe, le liquide s'écoule doucement par la même voie sans entraîner le moindre bouchon muqueux.

3° Enfin si l'on pratique le cathétérisme à l'aide d'une bougie de 2 millimètres de diamètre environ, on pénètre dans la vessie avec la plus grande facilité.

Le canal de l'urèthre est donc libre et bien libre d'un bout à l'autre, aussi bien d'arrière en avant que d'avant en arrière, il n'existe point d'obstacle mécanique à l'écoulement de l'urine.

Après avoir lié la verge, on a pu injecter 1,750 grammes d'eau dans cette vessie, et la quantité de liquide injecté aurait pu être aisément augmentée sans dommage pour l'intégrité de l'organe. Actuellement, à l'état sec, son volume est un peu inférieur à celui qui lui avait été donné par cette opération. Cependant ses dimensions sont encore assez considérables : son plus grand diamètre antéro-postérieur est de 12 centimètres et son plus grand diamètre transversal de 14 centimètres. La face antérieure mesure du col de la vessie au lieu d'implantation de l'ouraque, 20 centimètres ; sa face postérieure mesurée entre les deux mêmes points a une étendue de 28 centimètres. La circonférence passant par les extrémités du diamètre antéro-postérieur et transversal est de 43 centimètres. L'ouraque transformé, comme à l'ordinaire en cordon fibreux, a subi un déplacement, dû à la dilatation de la paroi postéro-supérieure de l'organe.

Cette pièce préparée avec grand soin par M. Viéron, aide d'anatomie à la Faculté, présente encore quelques anomalies importantes à signaler. La distension ne s'est pas fait sentir également sur tous les points du réservoir urinaire : une très notable portion de la moitié droite de l'organe est manifestement plus dilatée que la partie correspondante du côté opposé.

Au même niveau, la couche musculaire est bien moins épaisse et cette anomalie nous semble tenir non-seulement à la distension plus grande de cette portion de la vessie mais encore à la rareté et à l'atrophie des fibres musculaires existantes. Enfin, toujours du côté droit la circulation laisse beaucoup à désirer. Une injection de matière colorante poussée par les deux artères ombilicales dessine nettement tout le système artériel et permet de constater que tout un territoire de l'organe, le tiers environ de la face antéro-latérale droite, ne se laisse pas pénétrer par l'injection. A ce niveau en effet les artérioles sont complètement oblitérées et transformées en cordons fibreux.

Les organes génitaux externes ne présentent rien d'anormal. Pas d'étroitesse de l'orifice préputial, pas d'épispadias ni d'hypospadias. Les testicules sont descendus dans les bourses, le scrotum est infiltré et les tuniques vaginales sont distendues par un peu de sérosité citrine.

OBSERVATION VI

(Rayner : *Brit. Med. J.*, 24 décembre 1892, p. 1384.)

Primipare de 25 ans : accouchement à 7 mois ; en travail depuis 37 heures lorsque je la vis. La tête pendait entre les cuisses depuis une demi-heure ; les douleurs avaient cessé et l'enfant était mort. On parvient à dégager les épaules et les bras au bout de 20 minutes d'efforts. On put alors explorer le cordon, l'abdomen et les cuisses qui ne présentent rien d'anormal. On renouvelle les efforts de traction qui sont suivi de la sortie brusque de l'enfant en même temps que d'une grande quantité, environ 1 litre 1/2, de liquide clair.

A l'examen du fœtus on constate une large déchirure de 6 pouces de longueur. Le liquide écoulé provenait de la vessie déchirée aussi, énormément distendue ainsi que les uretères qu'on pouvait prendre pour un morceau d'intestin.

L'urèthre bien constitué permettait le passage d'une sonde, les reins d'apparence normale. Meconium dans le jéjunum seulement : le colon et le rectum, très peu développés pouvaient être pris pour des uretères.

OBSERVATION VII

(Couvellaire. — Société anatomique. — Mars 1900.)

Il s'agit d'une femme primipare de 24 ans. Les dernières règles datent du 12 juin 1899. Elle a mené sa grossesse sans autres com-

plications que des nausées et des vomissements dans les premiers mois. Le 8 mars 1900, enceinte d'environ 8 mois $1/2$, elle entre à la Maternité, on constate dans ses urines l'existence d'un peu d'albumine ; le même jour à 8 heures du soir elle entre en travail, on ne sait quand s'est rompu la poche des eaux, la dilatation était complète le 9 mars à 2 heures du matin. Après 3 heures de douleurs expulsives le sommet qui s'est engagé en O I D P, se dégage non sans difficultés, la circonférence sous-occipito-mentonnière a du mal à franchir l'orifice vulvaire elle rentre obstinément dans le vagin. La tête est enfin hors de la vulve. Impossible de dégager les épaules. Le bras postérieur est abaissé mais l'épaule ne se dégage toujours pas. L'enfant succombe pendant ces manœuvres.

M^{lle} Hénault, sage-femme en chef de la Maternité, arrive à abaisser le bras antérieur en le fracturant mais sans engager les épaules. Elle reconnaît par le toucher que l'obstacle à la propension du fœtus est un excès de volume du ventre. Appelée auprès de cette femme, nous constatons que le thorax non dilaté occupe l'excavation, que la base du thorax n'est pas dilatée et que le ventre gros, tendu, est retenu au-dessus du détroit supérieur. Nous conduisons au niveau de ce ventre un long trocart et nous ponctionnons. 350 grammes de liquide clair, légèrement citrin, fortement albumineux, s'écoulent. Le fœtus est immédiatement et facilement expulsé. Délivrance naturelle 45 minutes après l'extraction du placenta circulaire de 525 grammes. Aucune altération macroscopique ni du placenta, ni du cordon, ni des membranes.

L'enfant extrait pèse, non compris les 350 grammes de liquide, 2,900 grammes. C'est une fille mesurant 48 centimètres de longueur, ayant un bipariétal de 9 centimètres.

La ponction a porté sur l'hypocondre droit, La paroi abdominale est œdématisée, la région sous-ombilicale est soulevée par une saillie globuleuse dont le pôle supérieur affleure l'ombilic et qu n'est autre que la vessie contractée.

Autopsie pratiquée par M. le docteur Durante, chef du laboratoire de la Maternité. Le cœur est normal, les poumons atelectasiés, le foie, congestionné porte un petit hématome sous-capsulaire sur la face inférieure du lobe droit, la rate est de volume normal. Le

mésentère présente quelques ecchymoses. La cavité abdominale renferme quelques centimètres cubes de liquide sanglant.

La vessie affaissée remonte jusqu'à l'ombilic, elle est globuleuse ; derrière elle l'utérus accolé par son isthme au bas-fond vésical est soulevé et est avec les annexes franchement abdominal. Il est d'ailleurs normal ainsi que le vagin.

Le rectum ainsi que tout l'intestin est normal.

La vessie est incisée sur la ligne médiane antérieure. Ses parois sont assez épaisses, sa muqueuse est congestionnée, ecchymotique par places. L'orifice urétral est normal du côté de la vessie comme du côté de la vulve ; un stylet mousse est introduit avec soin par l'orifice vésical de l'urèthre et parcourt le canal sans difficulté ; ce canal est incisé sur le stylet suivant sa paroi supérieure. Il est normal, ne présente en aucun point de valvule appréciable. Les orifices des uretères sont normaux. Les uretères légèrement dilatés (4 millimètres de diamètre maximum) ont une longueur de 6 centimètres, 5 pour le droit, 7 pour le gauche.

Les reins sont un peu gros. Leurs dimensions sont : pour le droit de 52 millimètres de hauteur, 35 de largeur, 24 d'épaisseur ; pour le gauche 50, 38, 23 millimètres ; les calices, le bassinets sont franchement dilatés ; la substance rénale n'a pas 4 millimètres d'épaisseur maxima.

CHAPITRE IV

Tout d'abord ressort-il de la lecture de ces observations qu'il y ait perméabilité réelle du canal de l'urèthre?

Si nous examinons l'observation due à Comelli nous voyons tout d'abord qu'il y avait hypospadias. L'enfant vivant se mit à uriner quelques minutes après sa naissance. Cette émission se fit goutte à goutte et dura environ six heures. A mesure que l'urine s'écoulait ainsi le volume du ventre diminuait de telle sorte que sept heures environ après la naissance, la vessie était complètement vide et la tumeur avait par conséquent complètement disparu. Il semble donc bien ici que l'urèthre fut perméable et que le fœtus pouvant uriner immédiatement après sa naissance, rien ne s'opposait à ce que la vessie se vidât pendant la vie intra-utérine. Mais lorsqu'il fit l'examen anatomique, Comelli constata que l'urèthre prend naissance au col de la vessie par un orifice légèrement dilaté, puis qui se rétrécit peu à peu de façon à atteindre un calibre bien plus faible que normalement; de telle sorte qu'on est obligé de se servir des ciseaux les plus fins pour l'inciser.

Cette observation ne peut donc servir pour conclure à la perméabilité du canal de l'urèthre. L'urine peut, il est vrai, le traverser, mais elle éprouve un obstacle, puisqu'au lieu de s'écouler en jet après la naissance, elle ne s'écoule que goutte à goutte, vraisemblablement par regorgement. On sait, en outre, la fréquence de la distension vésicale dans les cas de rétrécissement. On se trouve donc ici en face d'un état intermédiaire entre l'oblitération complète et l'état normal. Ce rétrécissement et cet hypospadias jouent un rôle physiologiquement analogue aux valvules dont un exemple se trouve dans l'observation de M. Porak et l'autre est rapportée par M. Varnier dans son cours de 1898.

L'urine après la naissance s'écoula par une sorte de transsudation, il se peut très bien que pendant la vie intra-utérine la vessie n'ait pas eu la force de vaincre l'obstacle et nous retombons dans une variété de rétention vésicale avec obstacle urétral.

Quant à l'observation de Gaudon, rapportée par Deville, voici ce que dit Depaul, qui eut la pièce sous les yeux :

« J'ajouterai même qu'en assistant à la séance où la pièce pathologique fut présentée par M. Deville, il me fut donné de constater qu'en effet le conduit était libre dans toute son étendue au moment où nous l'examinions. Cependant je reproduirai ici un doute qui me vint à l'esprit lorsque cette pièce passa sous mes yeux et qui, depuis, n'a fait que se fortifier. En effet, elle était depuis longtemps conservée dans l'alcool et elle avait été soumise en province à un examen dont nous ne

connaissions pas les détails, car l'observation ne dit pas un mot des procédés qui furent mis en usage pour constater la perméabilité de l'urèthre. Qui pourrait assurer qu'un diaphragme membraneux facile à détruire avec la sonde ou le stylet, n'a pas existé. Ne sait-on pas, d'ailleurs, qu'un bouchon de mucus épaissi a pu, dans certains cas, offrir une digue infranchissable au cours de l'urine ? Quoi qu'il en soit, je persiste à croire qu'un obstacle a existé, et quand même l'analogie et le raisonnement ne conduiraient pas à une semblable conclusion, elle serait à mon sens légitimée par l'hypertrophie considérable que présentaient les parois vésicales. Aussi je n'hésite pas à voir une relation intime entre la rétention d'urine dans la vessie et l'obstruction, l'oblitération partielle ou l'absence du canal de l'urèthre et je ne sais pas si pour la vie fœtale on pourrait expliquer différemment des lésions de la nature de celles dont il a été question dans les observations que j'ai rapportées ».

La plupart des observations concernant une distension vésicale sans oblitération du canal de l'urèthre sont passibles de ces critiques de Depaul. Il faut bien remarquer toutefois qu'il est un peu étrange qu'un bouchon muqueux ait passé inaperçu sous l'œil des observateurs et qu'en outre, s'il y avait diaphragme membraneux, on n'en ait retrouvé à l'autopsie aucun vestige et que le cathétérisme pratiqué avec énormément de prudence l'ait complètement détruit. Ces critiques du professeur Depaul, quoique paraissant au premier abord extrêmement plausibles, n'ont pas toutefois la valeur qu'on serait tenté de leur attribuer à première vue.

Mais il est une observation qui mérite d'attirer notre attention et de nous retenir plus longtemps, c'est celle due à M. Lefour. Outre la valeur de l'auteur qui la rapporte et de ceux qui ont pratiqué l'autopsie sous le contrôle de M. le professeur Bouchard, elle nous donne des détails excessivement circonstanciés sur la façon dont on s'est rendu compte de la perméabilité du canal de l'urèthre.

Tout d'abord, après avoir lié un des uretères, on insuffle de l'air par l'uretère opposé et celui-ci sort par l'orifice de l'urèthre. Il n'y a donc pas là de valvule complète ou d'imperforation, ou de bouchon serré de mucus. Le passage de l'air pourrait exister encore s'il y avait rétrécissement ou sinuosité du canal de l'urèthre, il est vrai.

L'eau poussée dans la vessie sans atteindre à la distension complète de l'organe et par conséquent sans atteindre à la pression qui devait exister pendant l'accouchement, s'écoula librement. S'il y a obstacle mécanique on ne comprend pas bien que le liquide puisse le forcer avec une pression bien moindre que celle qu'il y avait pendant la vie fœtale. Lorsqu'on pratiqua des tractions pour extraire le fœtus, la pression sur le liquide contenu dans la vessie augmenta et aurait dû forcer l'obstacle et l'urine aurait dû s'écouler pendant l'accouchement.

L'orifice de l'urèthre est, en outre, normal et ne présente ni hypospadias ni épispadias.

Remarquons que nous ne pouvons pas ici invoquer la présence d'un bouchon muqueux, puisque celui-ci, recherché avec soin, ne fut pas trouvé.

Le catéthérisme permet ensuite de reconnaître qu'il n'y avait ni valvules, ni sinuosités, ni imperforations, et que le canal de l'urèthre était bien libre, aussi bien d'avant en arrière que d'arrière en avant. Il n'y a donc pas d'obstacle mécanique apparent à l'autopsie à l'écoulement du liquide contenu dans la vessie.

Dans le cas observé à la Maternité dans le service de M. le Docteur Porak et publié par son interne, M. Couvelaire, on constate que l'orifice urétral est normal du côté de la vessie comme du côté de la vulve; un stylet mousse est introduit avec soin par l'orifice vésical de l'urèthre et parcourt le canal sans difficulté; ce canal est incisé sur le stylet suivant sa paroi supérieure. Il est normal, ne présente en aucun point de valvule appréciable. L'urèthre est donc anatomiquement perméable.

Les hypothèses pour expliquer ces cas étranges ont été nombreuses, depuis celle de Joulin qui veut voir dans la distension de la vessie une maladie spéciale au fœtus, s'accompagnant toujours de malformations incompatibles avec la vie, jusqu'à celle de Depaul, reprise par Hergott qui veut qu'il y ait toujours obstacle siégeant sur l'urèthre. Qui pourrait affirmer, dit Hergott, qu'un diaphragme plus ou moins épais, plus ou moins membraneux n'a pas existé, ou qu'un bouchon de mucus n'a pas été un obstacle à l'écoulement de l'urine ou bien que par un cathétérisme maladroit on n'a pas rétabli le cours de l'urine.

M. Couvelaire après avoir rappelé ces hypothèses émises pour expliquer ces faits, se borne à constater sim-

plement qu'il existe des rétentions d'urine chez le fœtus sans qu'aucun obstacle mécanique appréciable soit, à l'autopsie, trouvé au niveau de l'urèthre.

Reste pour expliquer ces faits, une dernière hypothèse émise par Lefour : la paralysie vésicale d'origine médullaire. C'est là une hypothèse ingénieuse, mais qu'il conviendrait d'étayer sur des constatations anatomiques qui manquent encore.

Nous répèterons donc que les faits de rétention d'urine dans la vessie sans oblitération du canal de l'urèthre constatée à l'autopsie, existent indubitablement, sans chercher, vu l'état et l'imperfection des observations en général, à en donner l'explication.

CONCLUSIONS

I. — L'accumulation de liquide dans la vessie du fœtus peut être une cause de dystocie. Pendant la grossesse on ne peut guère avoir que des présomptions sur la présence d'une collection liquide dans l'abdomen du fœtus. Pendant le travail on peut reconnaître cette collection liquide, mais il sera bien difficile de faire le diagnostic différentiel entre une distension de la vessie et une autre tumeur de l'abdomen. On fera seulement, à l'aide du toucher manuel, le diagnostic de dystocie par excès de volume du ventre.

II. — Le traitement doit consister dans une ponction faite aseptiquement et portant sur l'abdomen du fœtus à quelques centimètres au dessous de l'insertion ombilicale du cordon. Il faut surtout éviter les tractions violentes qui peuvent causer de graves désordres du côté de la mère.

III. — Si dans quelques cas la distension de la vessie paraît due à une oblitération du canal de l'urèthre, il en est d'autres, cependant, où aucun obstacle mécanique appréciable, n'est trouvé à l'autopsie, au niveau de l'urèthre.

IV. — Il est impossible de fixer d'une façon certaine la cause de cette accumulation de liquide dans la vessie, alors que le canal de l'urèthre semblait perméable. Cette distension vésicale est-elle sous la dépendance d'un obstacle mécanique minime, mais réel, qui existerait au niveau du canal de l'urèthre (valvule passée inaperçue, bouchon muqueux); est-elle le résultat d'une paralysie vésicale d'origine médullaire; ce sont là, autant de questions que nous déclarons ne pouvoir résoudre à l'heure actuelle faute de documents suffisants.

Vu : Le Doyen, Vu : Le Président de la Thèse;
BROUARDEL. PINARD.

Vu et permis d'imprimer:

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- COMELLI. — Vien. med. Wochensch, n° 57. 1879.
COUVELAIRE. — Soc. anat., mars 1900.
DELBOVIER. — Arch. de méd. Belge, mai 1842.
DEPAUL. — Gazette hebdomadaire, 1860. N° 20 à 24.
« — Société de Biologie, 1864.
« — Bull. d'Acad. 1850.
GAUDON. — Soc. anat. 1846.
GUÉNIOT. — Société de Biologie, 1864, p. 82.
JULIN. — Traité d'accouchement, p. 305 et 939.
HERGOTT. — Thèse d'agrégation, 1878.
LEFOUR. — Arch. de Tocologie, 1887, p. 150.
LEFOUR. — Bulletin d'acad. de Méd. T. xvii, p. 427.
MOREAU. — Bull. d'acad. de Méd. T. xvii, p. 904.
RAYNER. — British. méd. J. 24 décembre 1892, in Répert. d'obst. et
gynéc. 1893, p. 48.
VAN GELDER. — Thèse, 1879.
VARNIER. — Revue d'obs tétrique et d'hygiène de l'enfance, 1890.

